文章编号:1005 - 6947(2011)05 - 0555 - 02

·临床报道·

# 一穴肛原癌 1 例并文献复习

谭相斌, 刘庆春

[中国人民解放军第一七五医院(厦门大学附属东南医院) 肿瘤科, 福建 漳州 363000]

**摘要:目的** 报道 1 例一穴肛原癌的诊疗经过,并进行文献复习。**方法** 回顾性分析 1 例一穴肛原癌临床资料。**结果** 一穴肛原癌是少见的肛管恶性肿瘤,约占肛管、大肠癌的 1%,女性多见,多发生于齿状线或齿状线的下方,临床表现无特异性,易误诊为痔疮、皮脂腺囊肿等疾病,须靠组织病理学确诊。**结论** 多主张行手术为主辅以放疗和化疗的综合治疗,预后较一般直肠癌好。

[中国普通外科杂志,2011,20(5):555 - 556]

**关键词:**肛门肿瘤; 一穴肛原癌/诊断; 一穴肛原癌/治疗

**中图分类号:**R 735.38 **文献标识码:**B

一穴肛原癌是少见的肛管恶性肿瘤,自 1956 年Grinvslsky 等首次报道以来,不断有病例报告。最近我科诊治 1 例,并结合文献复习,报告如下。

## 1 病例报告

患者,男,57 岁。因便意频繁、间断便血 1 月余于 2010 年 8 月 24 日在当地医院住院。于胸膝位 6 点处齿状线部位发现一大小约 2.0 cm × 1.5 cm × 1.0 cm 暗红色结节,表面充血、水肿、糜烂,质韧,边界模糊,活动一般,考虑痔疮,在局麻下行"痔核"切除术,术后标本送福建医科大学附属第一医院病理会诊,诊断:一穴肛原癌,侵及肛管浅肌层。2010 年 9 月 9 日转诊我院,行胸、腹部 SCT 检查未见异常;行直肠 - 肛管部 MRI 平扫 + 增强扫描,未见明显占位性病变;查 CEA 及 CA199 等肿瘤标志物正常。予行放射治疗,DT 6 000 cGy/30 f,同期口服卡培他滨化疗,疗程顺利。目前患者大便正常,一般情况好,密切随访中。

**收稿日期:**2010 - 11 - 23; **修订日期:**2011 - 02 - 17。

**作者简介:**谭相斌, 中国人民解放军第一七五医院(厦门大学附属东南医院)住院医师,主要从事恶性肿瘤基础与临床综合治疗方面的研究。

**通讯作者:**谭相斌 E-mail:tanxiangbin@ sohu. com

## 2 讨 论

齿状线部位,即直肠肛管移行部是胚胎发育期内外胚层相互连接贯通的部位,该部位有移行上皮、柱状上皮、鳞状上皮、腺体及肌肉等相互重叠交织在一起,结构复杂,是肛管、直肠疾病的好发部位。在该区域内发生的癌,如来源于移行上皮则称为一穴肛原癌[1]。一穴肛原癌是少见肛管恶性肿瘤,约占肛管、大肠癌的 1%[1]。肿瘤多位于齿状线或齿状线的下方,少数位于齿状线的上方。Klotz 报道 373 例一穴肛原癌,位于齿状线下 44%,齿状线 38.9%,齿状线上 13.3%。该病高发年龄为 40 ~ 60 岁,女性多见。

一穴肛原癌病因目前尚不清楚。Dean's 报道其发病与吸烟和性行为有关,特别是同性恋者的经肛性行为是其重要的致病原因,人类乳头状病毒(16 型病毒)经同性恋者的性行为传染而致病[2]。

一穴肛原癌又名泄殖腔源癌。既往因对其组织学未完全了解,故多按癌细胞的不同形态来命名,如未分化癌、黏液表皮样癌、移行细胞癌、鳞化腺癌及基底细胞癌等。由于对其研究的深入,目前已确认其来源为肛管环形区胚胎一穴肛的残余—移行上皮。光镜下:其形态与基底细胞癌相似,可有鳞癌分化,在癌巢中有大片嗜酸性坏死,有时可象膀胱的移行上皮癌[3]。Marson 按细胞分化程度将其分为 3 型:(1)分化良好型,癌巢周边

有典型栅栏状排列,并有假腺样结构;(2)中度分化型,癌巢周边细胞栅栏状排列不明显,异型癌细胞较多;(3)未分化型,癌细胞弥散,栅栏状排列缺如,细胞异型性明显,核分裂象多见,且有坏死现象。

该病临床症状无特异性,肉眼观易与痔疮、皮脂腺囊肿等疾病混淆。常见临床症状有便血、肛门疼痛,排便习惯改变及肛门肿块。有的患者还有肛门下坠感、瘙痒、大便次数增多或便秘等,其临床表现与肛管直肠癌相似。直肠指诊或内镜检查可见:肿块多在齿状线处,大小多数在1~2 cm,有溃疡形成或呈不规则的结节状,溃疡组织质地脆,触之易出血,肿块可推动。少数肿块可大于5 cm,较固定。活检可明确诊断,并可予鳞状细胞癌、基底细胞癌和腺癌鉴别。

肿瘤较大、浸润较广泛者,应行腹会阴联合切除,永久性结肠造口术;肿瘤较小可行局部切除加放疗及化疗;肿瘤小亦可不行手术,联合应用放疗与化疗[1]。亦有作者认为应以放疗或放疗加化疗为主,手术仅作为治疗失败的补救措施,可获得较好(70%)的5年生存率和良好(75%)的肛门括约肌功能[2,4]。王成峰等[5]报道的6例中,Ⅱ期1例,Ⅲ期3例,Ⅳ期2例,4例Ⅱ,Ⅲ期患者实施了Miles手术加术后放化疗,2例Ⅳ期患者行放疗加化疗。其中1,3,5年生存率为83.3%,33.3%和0%。一穴肛原癌行Miles手术创伤大,人工肛门降低了术后患者的生存质量,并不能改善其预后。冯强等[6]报道的12例中,3例行Miles手术加术后放疗,4例仅行Miles手术,3例行单纯放疗,1例行Miles手术加肝右叶不规则切除加术后放、化疗,1例行肿瘤局部切除加术后放疗。有6例生存超过5年,其中包括行Miles手术和(或)术后放(化)疗4例,总的5年生存率为50%。目前,多数学者主张行手术为主辅以放疗和化疗的综合治疗。总的预后,较一般直肠癌好。

**参考文献:**

[1] 吴孟超,吴在德.黄家驷外科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008:1657-1658.

[2] Dean's GT, McAleer JJ, Spence RA. Malignant anal tumors [J]. Br J Surg, 1994, 81(4):500-508.

[3] Sars PR, Slors JF, Faat CN. Surgical treatment of anorecatal disorders in 32 HIV-seropositive patients [J]. Nederlands Tjidschrift Voor Geneeskunde, 1994, 138(34):1227-1230.

[4] Tanum G. Treatment of relapsing anal carcinoma [J]. Acta Oncologica, 1993, 32(1):33-35.

[5] 王成峰,邵永孚,兰忠民,等.一穴肛原癌[J].中国肿瘤临床与康复,2000,7(1):56-57.

[6] 冯强,解世亮,刘复生,等.一穴肛原癌12例诊治分析[J].中华外科杂志,2003,41(11):877-877.